



Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Antipoliomielítica Oral

- 1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de las enfermedades que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, la vacuna, y cómo se da esta vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir una enfermedad infecciosa.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar: [] Antipoliomielítica Oral

Form with sections: Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta) and Para uso de la clínica o de la oficina. Includes fields for name, birth date, address, and signature.

Texas Department of Health
C-89A (2/99)

CDC VIS Revision (1/1/2000)

CONSENTIMIENTO PARA ImmTrac, EL REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS

- 1. Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se pongan en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
2. Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disemine cualquier información pasada, presente, y futura sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mí o a cualquiera de las siguientes personas o agencias:
A) distrito de salud pública
B) departamento de salud local
C) médico del niño/niña
D) escuela en que está inscrito el niño/niña
E) guardería en que está inscrito el niño/niña
3. Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para diseminar información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin, Texas, 78756.

[] Sí. Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

[] No. No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

Firma del padre, madre, o tutor legal

Fecha

Instructions: Store the parental consent statement in the patient's chart.